526

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1962 N° ___

THESE
pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

PAR

LEPLAT Michelle, Louise, Rose

Née le 22 Novembre 1935 à AGON (Manche)

Présentée et soutenue publiquement le

A PROPOS D'UNE ASSOCIATION DE TUBERCULOSE ET DE CARCINOME DU COLON TRANSVERSE

Président : M. le Professeur J. PATEL

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1962 N° ____

THESE
pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

PAR

LEPLAT Michelle, Louise, Rose

Née le 22 Novembre 1935 à AGON (Manche)

Présentée et soutenue publiquement le

A PROPOS D'UNE ASSOCIATION DE TUBERCULOSE ET DE CARCINOME DU COLON TRANSVERSE

Président : M. le Professeur J. PATEL

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T), Aubin (A), Bénard (H), Bulliard (H), Cadenat (F), Chabrol (E), Champy (C), Debré (R), Fey (B), Gastinel (P), Halphen (E), Hazard (R), Heuyer (G), Lantuejoul (P), Laroche (G), Lévy-Solal (E), Lian (C), Mathieu (P), Mocquot (P), Mondor (H), Monod (R), Moreau (R), Moulonguet (P), Olivier (E), Pasteur-Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D), Quénu (J), Richet (C), Senèque (J), Strohl (A), Tanon (L).

DOYEN ..... Léon BINET.
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR ..... Jean VERNE
2ème ASSESSEUR ..... Gaston CORDIER

I. - PROFESSEURS

1° - CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.) / SCHAPIRA (G)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (P)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R)
Parasitologie	GALLIARD (H)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J)
Pathologie exotique	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P)

MM.

Pathologie respiratoire ..... FURLAF (J)
Pathologie et thérapeutique générales ..... BOUDIN (G)
Pharmacologie ..... CHEYMOL (J)
Physiologie ..... (BINET (L)
(BARGETON (D)
Physiologie et pathologie obstétricale ..... LEPAGE (F)
Physique médicale ..... (DOGNON (A)
(DJOURNO (A)
Radiologie médicale ..... DESGREZ (H)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale. N...
Thérapeutique ..... CONTE (M)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale ..... (DESGREZ (P)
(POLONOVSKI (J)
Biologie médicale ..... BOURLIERE (F)
Embryologie ..... TUCHMANN (H)
Hygiène et médecine préventive ..... DEPARIS (M)
Parasitologie ..... BRUMPT (L.-C)
Pathologie chirurgicale ..... LAURENCE (G)
Pharmacologie ..... LEVY (Mlle J.)
Physiologie ..... PARROT (J)
Physique médicale ..... KELLERSHOHN (L)

2° - CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)..... REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais) ..... MOUQUIN (M)
Cliniques chirurgicales.. (Beaujon ..... LORTAT-JACOB (J.-L)
(Cochin ..... LEGER (L)
(Hôtel-Dieu ..... PATEL (J)
(Pitié ..... CORDIER (G)
(Saint Antoine ..... COSSET (J)
(Salpêtrière ..... SICARD (A)
(Tenon ..... OLIVIER (Cl)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique
(Enfants Malades)..... FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice
(Cochin)..... MERLE D'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire(Broussais) GAUDART d'ALLAINES
(F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire(Laënnec).. MATHEY (J)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538127_0007

MM.

Clinique endocrinologique (Pitié)..... DECOURT (J)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades).. LAMY (M)
Clinique gynécologique (Broca)..... FUNCK-BRENTANO (P)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)..... DEGOS (R)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades) CATHALA (J)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne) ..... DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)..... HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang (Broussais) ..... MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière) ..... CASTAIGNE (P)

Cliniques médicales
- Boucicaut ..... LENEGRE (J)
- Broussais ..... SOULIE (P)
- Cochin ..... JUSTIN-BESANCON (L)
- Cochin ..... BROUET (G)
- Hôtel-Dieu ..... BARIETY (M)
- Lariboisière ..... SEZE (S. de)
- Pitié ..... DREYFUS (G)
- Saint Antoine ..... KOURILSKY (R)

Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)..... DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique (Broussais) ..... GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu) ..... DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié) ..... DAVID (M)
Clinique neurologique (Salpêtrière) ..... GARCIN (R)

Cliniques obstétricales
- (Baudelocque ..... LAGOMME (M)
- (Foch (Suresnes) ..... MERGER (R)

Clinique obstétricale et gynécologique(Port Royal). VARANGOT (J)
Clinique Ophtalmologique (Hôtel-Dieu) ..... RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)... AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint Vincent de Paul) .... LELONG (M)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)..... MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec) ..... BERNARD (E)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) ..... MICHAUX (L)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin) ..... COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié) ..... DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)..... ROUX (M)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)..... LEMAIRE (A)
Clinique toxicologique ..... GAULTIER (M)
Clinique traumatologique ..... PADOVANI (P)

MM.

Séméiologie médicale ..... DOMART (A)
Séméiologie et clinique chirurgicales ..... POILLEUX (F)
Clinique urologique (Necker) ..... GOUVELAIRE (R)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau) ..... TURPIN (R)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine ..... BOUR (H), LHERMITTE (F), PEQUIGNOT (H)

II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

MM.

Anatomie ... CABROL (C), COUINAUD (C), GILLOT (C), OLIVIER (G)

Anatomie pathologique ... GAUTHIER-VILLARS (Mlle P) pr. s. ch., ABELANET (R), BUSSER (F), CHOMETTE (G), GOUYGOU (Ch) m. conf., NEZELOFF (Ch), ORCEL (L), PAILLAS (J)

Anesthésiologie ..... KERN (E), VOURC'H (G)

Bactériologie ... BARBIER (P), CHRISTOL (D), LE MINOR (L), TOURNIER (P)

Biochimie médicale .... BAULIEU Et. m. conf., BOURILLON (R), CARTIER (P), DREYFUS (J-Cl), GONNARD (P), KRUH (J), JEROME (H)

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports.. PLAS (F)

MM.

Orthopédie ..... JUDET (R), MEARY (R), POSTEL (M), RAMADIER (J)

Oto-rhino-laryngologie ..... DEBAIN (J), PIALOUX (P)

Parasitologie .... GOLVAN (Y), LAPIERRE (J)

Pathologie chirurgicale ..... BARCAT (J), BINET (J-P), CAUCHOIX (J), CERBONNET (G), CHATELIN (C-L), DUBOST (Ch), DUBOST (Cl), FAUREL (J), FLABEAU (F), GARBAY (M), GARNIER (H), Cl. de GAUDART d'ALLAINES, GERMAIN (A), LATASTE (J), LEVEQUE (B), LOYGUE (J), MERCADIER (M), NATALI (J), PELLERIN (D), PERROTIN (J), ROBERT (H), THOMERET (G)

	MM.
Carcinologie ..	BOIRON (M) DENOIX (P) MATHE (G) SELIGMANN (M)
Dermato-syphiligraphie	CIVATTE (J) DUPERRAT (B)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G)
Hématologie...	BESSIS (M) BILSKI-PASQUIER (G) DAUSSET (J) DUHAMEL (G)
Histologie ...	COUJARD (R)pr.s.ch. MAROIS (M) RACADOT (J)
Hydrologie....	BESANCON (F) CORNET (A)
Hygiène.....	BOYER (J)pr.s.ch. BLANCHER (G) CORRE-HURST(Mme L) SAPIN-LAJOUSTRE (H)
Maladies infectieuses..	BASTIN (R) DUPONT (V)
Médecine légale	DEROBERT(L)pr.s.ch. FOURNIER (E) GUENIOT (M) HADENGUE (A)
Médecine du travail ...	ALBAHARY (C)
Neuro-chirurgie..	PERTUISET (B)
Obstétrique....	GRANJON (A) HERVET (E) LE LORIER (G) LEVY (J) MORIN (P) MUSSET (R) ROBEY (M) SENEZE (J) SUREAU (C) THOYER-ROZAT (J)

	MM.
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J-P) BERTHAUX (P) BOIVIN (P) CROSNIER (J) HARTMANN (L) LOEPER (J) MAURICE (J) MIKOL (Cl) RICHET (G)
Pathologie médicale ...	AUSSANNAIRE (M) BOUVIER (J) BOUVRAIN (Y) BRICAIRE (H) BRISSAUD (H) BROCARD (H) BUGE (A) CATINAT (J) CHRETIEN (J) COBLENTZ (B) CONTAMIN (F) COURY (C) ETIENNE (J-P) FREZAL (J) FRITEL (D) HENNEQUET (A) HIMBERT (J) HOUSSET (E) LAROCHE (Cl) LESOBRE (R) MACREZ (C) MOREAU (L) NICK (J) ROYER (P) TOURNEUR (R) WOLFROMM (R)
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R) LAFOURCADE (J) LEPERCQ (G) MANDE (R) MOZZICONACCI (P) POLONOVSKI (C) ROSSIER (A) VIALATTE (J)

	MM.
Pharmacologie...	BOISSIER (J) LECHAT (P)
Physique médicale	BARRES (G) DEJOURS (P) DURAND (J) GIRARD m.conf. HUGELIN (A) SCHERRER (J) CHANTEUR (J) COUGEROT (L) m.conf. pr.s.ch. GREMY (F) m. conf. MILHAUD (G) PELLERIN (P) ROUCAYROL (J-Cl) TUBIANA (M) m.conf.
Pneumo-phtisiologie...	KREIS (B) MEYER (A) RENAULT (P)

	MM.
Psychiatrie	PICHOT (P)
Psychiatrie infantile...	DENIKER (P) DUCHE (D) FLAVIGNY (H) LAPRESLE (J)
Rhumatologie	DELBARRE (F)
Stomatologie	CERNEA (P) CHAPUT (Mme A) m. c. agr. GRELLET (M)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P) LAMOTTE (M) MARCHE (J)
Urologie	AUVERT (J) MOULONGUET (A) QUENU (L)

III. - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J)
Clinique chirurgicale...	ABOULKER (P) AMFLINE (A) pr.s.ch. VERNE (J-M)
Clinique médicale.....	PERRAULT (M) RAMBERT (P) THIEFFRY (S)
Clinique obstétricale....	GRASSET (J) MAYER (M)

	MM.
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P) OFFRET (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	MADURO (R)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R)
Clinique psychiatrique...	BARUK (H)
Clinique urologique	KUSS (R)

IV.- PROFESSEURS DETACHES
DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie ..... HAUDUROY (P) Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale ..... RUDLER (J) Pr.s.ch.

V. - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE ..... BOLTANSKI (E), LAUNAY (C)

Secrétaire général de la Faculté..... M. LENA (J)
Secrétaire principal ..... Mlle CHAINTREUIL (G)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine ..... M. le Docteur HAHN (A)

Conservateur ..... Mlle DUMAITRE (P)

Bibliothécaires ..... Mmes CONTET (J), FORGET (F), Mlles LAURENT (H), LE NOIR (G), QUIEVREUX (E)

A MON MARI

A MES PARENTS

A MA BELLE - MERE

A MES FRERES

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PATEL J.

Membre de l'Académie de Chirurgie
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre
Officier de l'Instruction Publique

En témoignage de respectueuse gratitude
pour nous avoir fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. WILLEMIN

En témoignage de toute mon affection.

A MONSIEUR LE DOCTEUR C. PÉRÈS

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ex-Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Ma vive reconnaissance pour m'avoir confié le sujet de cette thèse et guidée de ses conseils.

Qu'il trouve ici l'assurance de mon amitié.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. CHOMÉ

Ex-Chef de Laboratoire de la Faculté de Médecine de Paris
Chef du Laboratoire Central d'Anatomie Pathologique de
l'Hôpital Saint-Louis

Qui m'a éclairée dans la réalisation de cette thèse. En témoignage de profonde reconnaissance.

A NOS MAÎTRES DE L'UNIVERSITE DE PARIS

INTRODUCTION

L'association de la tuberculose et du cancer au niveau d'un même organe est considérée classiquement comme une rareté ; exceptionnelle, en particulier, semble sa localisation au colon transverse puisqu'une étude bibliographique ne nous a permis d'en retrouver qu'un cas, décrit par Spalding, localisé à l'angle splénique.

Celui de la malade que nous rapportons se situe à l'angle hépatique.

Le plus souvent, le diagnostic de cette association est un diagnostic histologique. Il nous a paru intéressant qu'il ait pu être soupçonné ici dès l'intervention par la découverte d'une adénopathie typiquement tuberculeuse au voisinage de la tumeur.

Après l'étude de notre observation nous discuterons :

1° - la rareté de l'association tuberculose-cancer en faisant une revue des cas publiés

2° - les problèmes soulevés par le diagnostic : n'y aurait-il pas des signes cliniques, radiologiques ou biologiques permettant de porter ce diagnostic avant l'intervention et d'entreprendre un traitement antituberculeux préalable ?

Ne pourrait-on, à l'intervention, sur l'aspect macroscopique des lésions, suspecter une tuberculose associée au cancer ?

3° - Nous étudierons ensuite les difficultés du diagnostic histologique.

4° - Puis les problèmes pathogéniques que soulève cette association. Les deux affections sont-elles simultanées ou successives ? L'une d'elle a-t-elle déterminé l'autre et par quel mécanisme ?

Ces problèmes sont connus depuis plus de cent ans, à la suite des travaux de Rokitansky. Le cas particulier de notre malade nous permet, semble-t-il, d'apporter quelques éléments à la discussion.

o°o

OBSERVATION PERSONNELLE

Madame D... est âgée de 66 ans lorsqu'elle consulte en janvier 1961 pour des troubles du transit intestinal, des douleurs de l'hypochondre droit, de la fièvre et un amaigrissement progressif.

Dans ses antécédents on note : en 1937, une hystérectomie totale compliquée d'abcès du pelvis en relation avec l'oubli d'une mèche ; en 1950 des troubles intestinaux ayant justifié une consultation à l'hôpital Saint Antoine, où après lavement baryté, le diagnostic de colite aurait été porté.

En septembre 1960 sont apparues de la toux, une fièvre persistante, et des douleurs thoraciques bilatérales ; deux clichés pulmonaires ont mis en évidence une pachypleurite des deux sommets et de la scissure moyenne droite, sans image évolutive. Les examens de crachats à la recherche du bacille de Koch sont restés négatifs.

Depuis l'intervention sur le petit bassin, la malade souffrait de douleurs abdominales intermittentes mais c'est l'accentuation de celles-ci, en décembre 1960, et l'installation d'une constipation opiniâtre qui motivèrent la consultation.

A l'examen, ce sont les signes pulmonaires qui attirent tout d'abord l'attention.

La malade est en effet dyspnéïque et tousse ; son teint est pâle mais ses pommettes sont cyanotiques ; sa peau est sèche et l'on apprend qu'elle a maigri de 15 kilos en cinq mois.

L'examen pulmonaire révèle des râles bronchiques bilatéraux.

L'abdomen est plat et non déformé, mais sous la paroi sèche et amaigrie, le palper découvre dans l'hypochondre droit une tumeur. Elle est grosse comme un poing, douloureuse, de surface irrégulière et très dure, légèrement mobile de haut en bas et transversalement ; elle est nettement séparée du rebord costal ; elle s'accompagne d'une réaction pariétale localisée donnant l'impression d'une ébauche de plastron.

Le coeur bat régulièrement à 84 - La tension artérielle est à 12-7. La température est à 38°.

Signalons encore une surdité bilatérale pour laquelle la malade porte une prothèse.

Le reste de l'examen est normal, en particulier le foie ne semble pas présenter de métastases, les touchers pelviens ne révèlent rien d'anormal.

LES EXAMENS DE LABORATOIRE

NUMERATION GLOBULAIRE SANGUINE :

Globules rouges	:	3.950.000 /mm3
Globules blancs	:	7.000 /mm3
Hémoglobine	:	80 %
Valeur globulaire	:	0,93

Polynucléaires neutrophiles	:	68 %
Polynucléaires éosinophiles	:	1 %
Polynucléaires basophiles	:	0

Petits lymphocytes	:	26 %
Grands lymphocytes	:	5 %
Monocytes	:	0 %
Métamyélocytes	:	néant
Myélocytes	:	néant
Prolymphocytes	:	néant

Légère anisocytose

VITESSE DE SEDIMENTATION : 45 mm/1ère heure
80 mm/2ème heure

UREE SANGUINE : 0,30 g/litre

CHOLESTEROL SANGUIN : 2,14 g/litre

EXAMEN DES SELLES :

1° - Examen de la digestion : assez nombreuses fibres musculaires bien digérées
Quelques fibres mal digérées
Assez nombreuses fibres conjonctives
Pas de cristaux de Charcot
Flore de fermentation abondante

2° - Réaction de Meyer : négative

3° - Parasitologie : La recherche des oeufs et des kystes de parasites par la méthode de Carles et Barthélémy a été négative.

LES EXAMENS RADIOLOGIQUES

COLON : Le lavement baryté franchit normalement le rectum, le sigmoïde, le début du colon transverse.

Il dessine au niveau du tiers droit de celui-ci un rétrécissement central, serré, à pic, à bords rigides et irréguliers, puis une dilatation sus stricturale.

A noter, une image opaque de l'hypochondre droit, extra-colique, de siège vraisemblablement vésiculaire à préciser par cholécystographie.

CHOLECYSTOGRAPHIE par voie orale : opacité nûriforme mobile dans une vésicule de volume normal et s'évacuant bien.

CHOLANGIOGRAPHIE INTRAVEINEUSE : absence d'obstacle sur le cholédoque qui est de calibre normal.

POUMONS : Aspect de pachypleurite biapicale.

On porte le diagnostic de sténose cancéreuse du tiers droit du transverse associé à une lithiase vésiculaire et l'intervention chirurgicale est prévue après préparation.

Toutefois une accentuation des signes pulmonaires fit surseoir temporairement à l'intervention, puis une amélioration fonctionnelle survint, et la malade resta cinq mois sans consulter. Mais une occlusion intestinale aigüe s'installa brutalement le 6 mai 1961.

La malade fut à nouveau examinée au quatrième jour de cette occlusion. Il existait des ondulations péristaltiques, un météorisme à prédominance centrale, une distension coecale. La masse de l'hypochondre droit était à nouveau perçue.

LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES MONTRERENT :

NUMERATION GLOBULAIRE ET FORMULE SANGUINE :

Globules rouges	:	4.390.000 / mm3
Globules blancs	:	7.200 /mm3
Hénoglobine	:	82 %
Valeur globulaire	:	0,85

Polynucléaires neutrophiles	: 55 %
Polynucléaires éosinophiles	: 2 %
Polynucléaires basophiles	: 1 %
Petits lymphocytes	: 21 %
Grands lymphocytes	: 16 %
Monocytes	: 5 %
Métamyélocytes	: néant
Myélocytes	: néant
Prolymphocytes	: néant

TEMPS DE SAIGNEMENT - méthode Duke : 2'30

TEMPS DE COAGULATION (en tubes capillaires) : 16'

UREE SANGUINE : 0,30 g/litre

ANALYSE D'URINE : albumine : néant
sucre : néant

Après une courte préparation : aspiration duodénale et perfusion préopératoire : sérum glucosé (1 litre) + 5 gr Cl Na + 3 grK Cl, l'intervention eut lieu :

PREMIERE INTERVENTION : le 12 mai 1961

Incision médiane à cheval sur l'ombilic. La majorité des anses grêles et tout le colon droit sont distendus. On doit libérer les adhérences de l'épiploon au fond du petit bassin et à la paroi antérieure. Toutefois, la région de l'hypochondre droit est d'abord relativement aisé.

Le tiers droit du transverse est le siège d'une tumeur dure, bosselée, très sténosante, du volume d'une mandarine, mobile, sans infiltration excessive du mésocolon.

La vésicule est tendue et les calculs, visibles sur la radio, n'y sont pas perçus. Le foie est normal.

La distention de l'intestin, l'ancienneté de l'occlusion datant de cinq jours, l'absence de préparation suffisante du colon font préférer à une hémicolectomie droite d'emblée, malgré sa facilité apparente, une iléotransversostomie en deux plans avec exclusion unilatérale du colon droit, dans un premier temps.

Les suites opératoires furent simples.

LA SECONDE INTERVENTION EUT LIEU le 7 Juillet 1961

Incision oblique de l'hypochondre droit allant du rebord costal à l'ombilic prolongée vers le bas par une médiane.

Libération très difficile de nombreuses adhérences constituées, au voisinage de la tumeur, depuis la première intervention.

1° - HEMICOLECTOMIE DROITE emportant la tumeur et quinze centimètres d'intestin en aval.

Pas de ganglions perceptibles dans le mésocolon ascendant.
Foie normal.

2° - CHOLECYSTECTOMIE : en raison de la lithiase vésiculaire ; au cours de celle-ci, on découvre au-dessous du confluent hépatico-cystique un ganglion, du volume d'un pois, à la surface duquel apparaissent trois ou quatre zônes blanchâtres. Sa consistance est molle. Une périadénite le fixe aux organes voisins ; il est unique. Ce ganglion paraît donc plutôt inflammatoire que cancéreux, avec une forte présomption en faveur d'une atteinte tuberculeuse.

Devant l'allongement de la durée opératoire que nécessiterait sa dissection, on décide de le laisser en place.

Fermeture de la paroi sans drainage.

Les suites opératoires furent normales.

Un traitement antituberculeux post-opératoire fut institué sans attendre les résultats de l'examen histologique : Streptomycine un gramme par jour associée pendant six jours à un million d'unités de colimycine et à un million d'unités de pénicilline.

A partir du sixième jour, quatre comprimés par jour de Rimifon et un gramme de Streptomycine deux fois par semaine sans discontinuer.

Un mois après l'intervention, la malade présenta un court épisode fébrile, avec douleur de l'hypochondre droit, qui rétrocéda spontanément.

Trois mois après l'intervention, Madame D... est revue. Elle a repris cinq kilos, ne souffre pas, a un transit intestinal normal.

Son abdomen reste sensible dans l'hypochondre droit, mais il est parfaitement souple.

Six mois après l'intervention, le traitement antituberculeux est toujours poursuivi. Le poids a encore augmenté de 2 kilos. Il n'y a pas de fièvre. La vitesse de sédimentation s'est encore améliorée. Il n'y a aucun signe de récidive.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE (Dr CHOME J.)

1° - LA VESICULE présente des lésions pariétales banales de cholécystite subaigüe. Nombreux calculs pigmentaires.

2° - LE COLON

Macroscopie

La pièce opératoire ouverte longitudinalement présente une formation tumorale à la fois bourgeonnante et ulcérée de la taille d'une grosse noix verte. La tumeur est mal limitée mais elle ne constitue pas une virole.

On remarque que les sections opératoires haute et basse passent en tissu sain, au large des lésions.

La dissection met en évidence quelques petits ganglions dans le méso.

En regard de la tumeur, le méso est épaissi et lardacé comme on le trouve dans les réactions inflammatoires et dans les envahissements tumoraux.

Histologie

La tumeur présente un aspect très polymorphe. Pour les zônes bourgeonnantes, il s'agit d'un épithélioma glandiluforme plus ou moins papillaire dont les cellules sont disposées autour d'axes conjonctifs grêles mal définis. Le Strома est inflammatoire et peu abondant.

Dans les plages infiltrantes on trouve une différenciation colloïde avec des flaques plus ou moins étendues de mucus, dans lesquelles se trouvent les boyaux tumoraux.

Des cloisons conjonctives contiennent des vaisseaux. Elles morcellent cette structure et achèvent avec les éléments néoplasiques de détruire la musculeuse.

Le méso est atteint par des éléments néoplasiques typiques à différenciation mucipare.

Par endroits une nécrose importante détruit à la fois les cellules tumorales et la structure intestinale, les plages se trouvent surtout en surface au contact de la lumière.

Il s'agit d'une nécrose de type ischémique.

Les tranches de section opératoire sont indemnes et les ganglions prélevés dans le méso sont de structure normale.

On a par contre la surprise de trouver au contact des éléments néoplasiques quelques îlots nettement folliculaires comprenant des cellules allongées et fusiformes typiquement épithélioïdes. Parmi ces cellules des éléments plus volumineux multinuclées correspondent à des cellules géantes de Langhans dont les noyaux en demi-couronne ont une disposition caractéristique.

Il existe une réaction lymphocytaire, mais nulle part on ne trouve de nécrose caséeuse.

Un tel aspect tuberculoïde est hautement évocateur d'une association d'une tuberculose à un épithélioma.

Il apparaît nettement que les follicules sont petits, jeunes, manifestement plus récents dans leur apparition que la tumeur qui est infiltrante et organisée.

C O N C L U S I O N

Epithélioma colique du groupe A de Duke. - Intégrité des ganglions - Association d'une tuberculose folliculaire.

o
o o

ASSOCIATION CANCER TUBERCULOSE

L'association chez un même sujet d'un cancer et d'une tuberculose est rare ; plus rare encore l'association de deux affections dans un même organe.

La première observation de l'association de cancer et de tuberculose au niveau du poumon semble appartenir à Bayle en 1810.

Lubarsch, en 1888, sur une statistique de 2668 cas de tuberculose en divers points de l'organisme note 117 associations d'un cancer en un autre point de l'organisme, soit 4,4%.

Pearl, en 1929, sur 7500 autopsies relève un pourcentage de 6,6%.

La localisation au niveau d'un même organe est beaucoup plus rare cependant : Cooper, en 1932, en collige 247 cas au niveau du tractus gastro-intestinal.

Les moins rarement atteints semblent le poumon (Adler), le larynx (Lubarsch), la peau (Cruveilhier), les organes génitaux (Von Franqué), les reins (Aboulker-Chomé).

Sur le tractus digestif, le nombre de cas publiés est beaucoup plus restreint : oesophage (Weyenth - Calvet et Biraguet), estomac (Barré et Germain).

Les cas intéressant le gros intestin sont également peu nombreux : Cooper en cite 23, Randall et Spalding 28.

La majorité d'entre eux, se localisent à la région iléo-coecale (18 cas sur les 28 colligés par Randall et Spalding ; un autre cas signalé depuis par J. Quénu) et à la région ano-recto-sigmoïdienne (5 localisations sigmoïdiennes et 4 localisations rectales dans la statistique de Randall).

Nous voyons que ce sont, en fait les sièges d'élection de la tuberculose intestinale.

L'atteinte tuberculeuse du colon transverse est d'ailleurs rarissime.

Dans la plupart des cas publiés, elle conduit au diagnostic clinique et radiologique de tumeur maligne, ce diagnostic n'étant redressé, qu'après exérèse, à l'examen histologique ; les quelques observations de Soupault (2), de Loygue (1) ; et quelques autres dans la littérature ; cinq en tout : König en 1892, Eiselberg en 1896, Chutro 1926, Prat et Perrin 1939, Delannoy 1945, en font foi.

Si la tuberculose du colon transverse est exceptionnelle, son association à un carcinome l'est encore plus. Nous n'en avons trouvé dans la littérature qu'un seul exenple situé, non pas sur la portion droite du transverse, mais à l'angle splénique. Voici, succintement rapporté, ce cas de Randall et Spalding.

" Malade âgée de 67 ans, sans antécédents tuberculeux, ayant présenté les signes fonctionnels suivants : perte de l'appétit, diarrhée, vomissements, douleurs de l'hypochondre gauche.

A l'examen, la palpation de l'abdomen révèle l'existence d'une tumeur sous le rebord costal gauche. L'image radiologique est celle d'une sténose en amont de l'angle gauche.

Les examens complémentaires : VS : 25 mm/1ère heure
NFS : GR = 4 550 000/mm3
GB = 8 000/mm3

On conclut à une tumeur maligne opérable.

A l'intervention : les mésos sont infiltrés, les ganglions mésocoliques hypertrophiés.
Le diagnostic est complété à l'examen de la pièce anatomique.

Macroscopie : à la section de la tumeur, aspect de carcinome au centre, de granulome tuberculeux à la périphérie.

Microscopie : images d'adénocarcinome et de follicules tuberculeux typiques nécrosés.
Les ganglions sont atteints par le processus tuberculeux, mais non envahis par les cellules néoplasiques.
Le bacille de Koch est retrouvé sur les lames, après coloration au Ziehl Nielsen, dans la tumeur et les ganglions.

Cette observation a de nombreux points communs avec celle de notre malade : avant l'intervention chirurgicale on porte le diagnostic d'un cancer localisé au colon transverse, et ce diagnostic est redressé à l'examen anatomo-pathologique de la tumeur qui montre l'association de la tuberculose et du cancer.

c
o o

LES ELEMENTS DU DIAGNOSTIC

Nous étudierons les éléments cliniques, biologiques, radiologiques ou opératoires qui permettraient de soupçonner l'association de cancer et de tuberculose colique avant l'histologie :

LES ANTECEDENTS

Les deux observations relatées précédemment, celle de Randall et la nôtre, mettent en évidence, l'absence d'antécédent patent de tuberculose pulmonaire ancienne ou récente.

Même en cas de tuberculose isolée du gros intestin, la notion d'antécédents bacillaires n'est pas obligatoirement retrouvée : Soupault rapporte deux cas de tuberculose du colon transverse, sans antécédents ; Quenu une fois sur trois en retrouve.

Cet argument se révèle donc inconstant.

LES SIGNES FONCTIONNELS

Ce sont des douleurs abdominales plus ou moins violentes, plus ou moins diffuses et des troubles intestinaux à type de constipation ou de diarrhée.

Il s'installe, parallèlement, une anorexie progressive. Ces symptomes sont tout aussi évocateurs de cancer intestinal que de tuberculose.

LES SIGNES GENERAUX

La fièvre accompagne en général ces symptomes. Elle donne la notion de processus inflammatoire mais n'en précise pas la cause.
L'état général est touché et l'amaigrissement habituel.

LES SIGNES PHYSIQUES

A l'examen, dans la plupart des observations, l'attention est attirée par une tumeur abdominale suggérant essentiellement le carcinome.

En effet, la tuberculose intestinale se manifeste rarement par une tumeur. Cependant, elle est volontiers hypertrophique au niveau du coecum et du colon ascendant, et Garbay et Loygue insistent sur le fait que "le gros intestin est le siège d'une véritable tumeur, dure, bosselée, réalisant tout à fait un aspect pseudo-néoplasique".

Ce fut également le cas dans les observations de Soupault et Bucaille, chez des malades de 52 ans et 66 ans, de Garbay et Loygue chez une femme de 66 ans.

Tous ces sujets ont été opérés avec un diagnostic clinique et radiologique de tumeur cancéreuse du transverse droit. Celle-ci s'est révélée être, à l'examen histologique, une lésion tuberculeuse.

Dans un cas de Sénèque, l'erreur fut inverse : chez un homme de 32 ans, au passé pulmonaire important, le diagnostic de tuberculose hypertrophique du coecum fut porté ; l'anatomo-pathologie prouva qu'il s'agissait d'un adénocarcinome.

La découverte, à la palpation, d'une tumeur, même fixée ne permet donc pas de préjuger de son étiologie.

LES COMPLICATIONS

Ce sont les perforations, les abcès péritumoraux, la fistulisation, l'occlusion et les hémorragies massives.

Elles ne sont pathognomoniques d'aucune des deux affections. Cependant les perforations et les hémorragies sont rares dans les formes pseudo-tumorales de tuberculose isolée et quand l'occlusion survient elle est souvent incomplète.

Quant aux fistules, les statistiques de Bucaille, de Peycelon, de Bertrand, sur les fistules iléo et duodénocoliques se réfèrent toutes à des cancers du colon droit et ne mentionnent pas d'association à la tuberculose ou de tuberculose isolée.

LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

LA NUMERATION GLOBULAIRE ET LA FORMULE SANGUINE :

Elles n'ont montré dans notre observation, qu'une discrète anémie hypochrome qui ne permet de soupçonner qu'une hénorragie latente.

La lymphocytose serait évocatrice de tuberculose.

LA VITESSE DE SEDIMENTATION :

Elle est augmentée chez notre malade (45mm/1ère heure) comme chez la patiente de Randall (25 mm/1ère heure) ; mais si elle est élevée en cas de tuberculose, elle l'est également dans les cancers en période évolutive.

L'EXAMEN DES SELLES :

La recherche du sang occulte dans les selles est souvent positive.

Elle serait peut-être plus en faveur d'un néoplasme car il est classique de dire que la tuberculose saigne beaucoup moins que le cancer.

La recherche du bacille de Koch reste un élément diagnostique intéressant. C'est une recherche classique quand on soupçonne une tuberculose intestinale. Toutefois l'argument n'a aucune valeur chez un tuberculeux pulmonaire confirmé dont l'expectoration est bacillifère.

LA CUTI-REACTION :

Les cancers du tube digestif atteignent des sujets relativement âgés et il est normal qu'ils aient une cuti-réaction positive. Cependant une réaction tuberculinique très positive permettrait de soupçonner une tuberculose évolutive.

LA BIOSPIE ENDOSCOPIQUE

On peut l'utiliser pour les régions accessibles du tube digestif : rectosigmoïde, oesophage, estomac. C'est grâce à la gastroscopie que Barré et Germain firent le diagnostic de tuberculose associée à

un adénocarcinome gastrique. Elle est impossible au niveau du colon transverse.

LES EXAMENS RADIOLOGIQUES :

L'image aux rayons X est celle d'une sténose. En raison, de l'ordre de fréquence du cancer, c'est le premier diagnostic à envisager, la tuberculose venant au second plan.

Y a-t-il des caractères radiologiques capables de les différencier ? Les auteurs partagent des avis contraires.

Porcher estime qu'il est impossible de faire le diagnostic étiologique précis d'une image de sténose colique.

Salvati, par contre, en donne des signes différentiels.

La tuberculose d'une part, respecte la muqueuse intestinale tandis que le cancer l'altère. Son intégrité peut être appréciée sur des clichés en double contraste après insufflation. D'autre part, la sténose tuberculeuse est précédée d'un entonnoir en amont et les limites entre zône saine et zône malade sont peu nettes ; la sténose cancéreuse est cylindrique et se marque par une rupture franche, un à pic, entre régions saines et pathologiques.

L'intrication des images radiologiques en cas d'association accroît la difficulté d'interprétation : dans notre observation il s'agissait d'une sténose serrée, centrale, à pic sur les zônes saines, donc évocatrice du carcinome.

L'[illegible] CHIRURGICALE

Donne-t-elle de meilleures précisions ?

Pour Garbay et Loygue, la tuberculose ne se distingue en rien du cancer ; elle provoque comme lui l'infiltration des mésos, l'hypertrophie ganglionnaire, la réaction inflammatoire scléro lipomateuse et le rétrécissement, serré à l'angle gauche du colon, moins serré sur le colon droit.

Quelquefois, cependant, les ganglions mésocoliques ont un aspect macroscopique typiquement tuberculeux. Ce fut le cas chez la malade de Randall. Dans notre observation, un ganglion tuberculeux fut découvert en un territoire différent de celui du colon, à la faveur de la cholécystectomie.

La plupart des observations ne mentionnent pas d'atteinte ganglionnaire macroscopiquement identifiable. Même en présence d'une tuberculose isolée l'atteinte ganglionnaire est inconstante : Soupault, sur deux cas localisés au transverse ne note pas d'envahissement des voies lymphatiques ; Quenu sur dix cas localisés à la région iléo-coecale signale une fois sur trois l'atteinte du système lymphatique. Dans sa statistique de quarante cas de cancers isolés du colon droit, Sénèque note 42% d'envahissement cancéreux de tous les ganglions, 19% d'atteinte mésocolique et 39% d'atteinte purement inflammatoire, mais dans aucun cas il ne décèle d'aspect tuberculeux associé.

Les granulations péritonéales seraient un élément de valeur ; en fait, elles semblent devoir être rares en l'absence d'une tuberculose à diffusion péritonéale.

Cette étude montre que le diagnostic clinique, biologique, radiologique ou même opératoire d'une association de tuberculose et de cancer du colon est extrêmement difficile et que sa localisation au colon transverse en augmente encore les difficultés.

La coexistence des deux affections n'est découverte en fait qu'à l'examen histologique.

o
o o

DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE

Isolément le diagnostic de tuberculose digestive ou d'épithélioma ne pose aucune difficulté particulière.

Par contre, en cas d'association des deux lésions, l'identification histologique peut poser des problèmes délicats.

Schématiquement on peut dire que s'il existe au contact ou dans le voisinage d'une prolifération glanduliforme plus ou moins différenciée et anarchique qui pénètre dans la sous muqueuse et la musculeuse, des amas folliculaires à centre caséeux, le diagnostic est assez facile.

En fait, il est exceptionnel que les lésions soient aussi parfaitement tranchées. On sait que le follicule tuberculeux pour être caractéristique doit se composer d'un centre nécrotique et caséeux. La nécrose est éosinophile, totale, finement craquelée et granuleuse.

Tout autour, se disposent des cellules épithélioïdes à cytoplasme rosé plus ou moins étoilé ou polycyclique généralement allongé perpendiculairement au centre caséeux, des cellules géantes multinucléées dont les noyaux très nombreux sont disposés en couronne ou en fer à cheval à la périphérie du cytoplasme.

Enfin tout en périphérie des éléments lymphocytaires plus ou moins abondants achèvent de donner au follicule tuberculeux son aspect typique.

Lorsque tous ces éléments sont présents le diagnostic histologique ne fait guère de doute.

Mais la disposition folliculaire peut manquer lorsque les follicules sont confluents laissant alors une ulcération plus ou moins large comme c'est le cas dans les formes ulcéreuses de la tuberculose intestinale. Le centre caséeux fait souvent défaut même dans les tuberculoses authentiques. C'est alors que la coloration de Ziehl sur coupe histologique prend toute sa valeur. Mais cette recherche est souvent négative car les bacilles de Koch sont rares sur les coupes et souvent difficiles à mettre en évidence.

De plus d'autres étiologies peuvent donner des images qui simulent le follicule tuberculeux.

Ce sont en particulier :

1° - la colite segmentaire comparable à l'iléite segmentaire de Crohn dont on connaît les images pseudo tuberculeuses. L'association avec un épithélioma est encore plus rare que pour la tuberculose.

2° - la réaction macrophagique à corps étranger : les cellules géantes sont des histiocytes multinucléés qui rappellent les cellules de Langhans, mais on trouve généralement l'agent causal sous forme de corpuscules biréfringents au moins au microscope polarisant.

D'autres lésions inflammatoires peuvent donner des follicules pseudo tuberculoux. Ce sont : la maladie de Besnier - Boeck - Schaumann dans laquelle les follicules ne contiennent pas de nécrose caséeuse ; cette localisation de la maladie est exceptionnelle ; plus rarement, la lèpre tuberculoïde et la tularémie, maladies dont les atteintes viscérales de ce type n'existent pratiquement pas.

De ces différents diagnostics différentiels un seul est à discuter : la réaction macrophagique de type corps étranger.

Mais dans ce cas :

1° - il existerait des corps biréfringents au microscope.

2° - l'atteinte serait au voisinage de la séreuse.

3° - elle se localiserait en des points séparés

4° - et donnerait l'image d'un granulome polymorphe

Or, sur la tumeur de notre malade les corps biréfringents ont été soigneusement recherchés mais en vain, les lésions sont essentiellement intra-pariétales, disséminées au contact de la tumeur, et l'image est celle d'une réaction cellulaire exclusivement lymphocytaire.

Ne peut-on envisager cependant la possibilité d'une réaction inflammatoire autour d'une nécrose cellulaire créée par le carcinome ? En effet, le carcinome détruit les cellules nobles qui privées de leur potentiel vital peuvent se comporter comme des corps étrangers et provoquer des réactions tuberculoïdes. L'aspect serait sensiblement identique à celui d'une réaction à corps étranger et nous en avons vu les différences avec les lésions de notre malade.

Certes, en l'absence de caséification, on ne pourrait donc avancer qu'une présomption de tuberculose et non pas une certitude.

En fait, chez notre malade un argument important : la présence d'un ganglion de voisinage d'aspect tuberculeux, mou avec trois ou quatre zônes blanchâtres de caséum affleurant à sa surface, joint au caractère typiquement tuberculeux des lésions périnéoplasiques, nous permet d'affirmer l'association de la tuberculose et du cancer.

o
o o

P A T H O G E N I E

Le problème pathogénique des deux affections associées et de la précession de l'une ou de l'autre, a de tous temps fait l'objet de vives controverses et déterminé des attitudes thérapeutiques différentes.

Après la première description de Bayle en 1810 au niveau du poumon, en 1854 Rokitansky et divers anatomo-pathologistes du siècle dernier furent impressionnés lors des autopsies, par la rareté de l'association et avaient énis l'hypothèse d'un antagonisme entre ces deux processus.

Von Heider en 1866, pensa par contre que le cancer et la tuberculose étaient les manifestations de la même maladie.

Burdel, en 1872, suivant cette idée, essaya, sans succès d'ailleurs, de provoquer l'apparition d'une tuberculose en injectant des cellules carcinomateuses à des souris.

Mac Conkey en 1908 énit l'hypothèse que le bacille de Koch pouvait être la cause du cancer.

Il faut arriver en 1929 pour acquérir la notion avec Carlson, Bell, et Cooper qu'il n'y avait pas d'antagonisme entre les deux affections et qu'elles étaient d'étiologie différente.

Bien qu'à cette époque on trouvait encore en Pearl un défenseur de l'ancienne théorie justifiant l'attitude thérapeutique suivante : traiter seulement la tuberculose associée à un cancer.

Carlson et Bell, à l'encontre, affirmaient qu'il fallait traiter aussi et à tout prix la tumeur.

Afin d'éclaircir le problème pathogénique des deux affections, des séries d'expérimentations animales furent tentées. Elles apportent des renseignements contradictoires et ne permettent pas de tirer de conclusions définitives.

Nous en rapporterons quelques-unes ici.

Centanni et Rezzesi en 1926 inoculent des cellules cancéreuses à des souris tuberculeuses qui ne développent pas de tumeur. Puis ils injectent simultanément des cellules néoplasiques et des bacilles tuberculeux vivants à des souris saines et constatent l'inhibition du développement de la tumeur, mais dans certains cas temporairement.

Enfin ils déposent des bacilles tuberculeux vivants au sein d'un carcinome. Ce dernier est détruit partiellement. Ils font la même tentative avec des B K morts sans obtenir de résultat et concluent à l'action anti cancéreuse du bacille de Koch vivant.

En 1930, Teutschlaender fait une expérimentation analogue. Il inocule un sarcome dans les pectoraux de poulets témoins et de poulets nourris avec du foie tuberculeux. Il observe chez les seconds une régression de la tumeur provoquée par rapport aux premiers. Ces divers résultats tendraient à montrer l'antagonisme des deux affections.

Par contre, l'expérimentation de Cherry en 1929 semble prouver le contraire.

Il étudie le développement des tumeurs spontanées chez un lot de souris témoins et chez un lot de souris des deux sexes à qui il a au préalable injecté des bacilles tuberculeux sous la peau. Le développement d'un carcinome est observé chez 55% des souris mâles et 71% des souris femelles du deuxième groupe ; chez 6% seulement de celles du premier groupe. L'auteur en déduit que le bacille de Koch stimule le développement des néoplasmes.

Dans cet ordre d'idées, Stucke émit l'hypothèse selon laquelle la tuberculose provoquerait un affaiblissement des défenses mésenchymateuses et un envahissement plus facile par le tissu cancéreux.

A l'inverse, Murphy inocula au préalable des cellules néoplasiques à des souris, celles-ci présentèrent une réaction importante au niveau des lymphatiques et offrirent ensuite une résistance au bacille de Koch.

De même, Hardc et Foscac en 1925 estiment que le bacille de Koch n'a pas d'affinité pour les cellules malignes et qu'une tumeur ne modifie pas la résistance de l'organisme à l'égard du bacille. En effet, en injectant des bacilles tuberculeux par voie intraveineuse et intrapéritonéale à des souris porteuses d'un carcinome spontané ou greffé ils n'ont pu provoquer l'apparition d'aucune lésion tuberculeuse, ni même retrouver un seul bacille après les avoir déposés en pleine tumeur.

La filiation pathogénique des deux affections vue à travers l'expérimentation reste donc très confuse et les cinq propositions de Lubarsch peuvent encore être envisagées.

La tuberculose et le cancer peuvent coexister dans le même organe :

1° - par simple coïncidence

2° - par infection bacillaire d'un cancer primitif

3° - par développement dans une ancienne lésion tuberculeuse d'une métastase ou

4° - d'un cancer primitif

5° - par développement simultané des deux processus répondant à une étiologie commune

En ce qui concerne notre observation, la présence des deux lésions au niveau du colon transverse droit n'est pas une coïncidence fortuite, sinon la tuberculose se serait développée en ses lieux d'élection du tractus digestif : régions iléo coecale et ano-rectosigmoïdienne.

Il reste à déterminer lequel des deux processus est primitif et quel a été son rôle dans l'histoire de la maladie. Est-ce le cancer ?

Zenker, Cordua et Weyeneth ont émis cette opinion à propos de plusieurs cas situés à l'oesophage.

Agit-il en affaiblissant la résistance de l'organisme ? L'expérimentation de Murphy et celle de Harde et Foscae ne semblent pas le confirmer, ni les études statistiques : Peycelon et Guillemin sur 50 cas de cancer du colon droit, Yovanovitch sur 63 cas, Sénèque et Chatelin sur 40 cas ne signalent aucune association à la tuberculose.

De toute façon, si le cancer agissait par perte de la résistance normale de l'organisme qui doit lutter contre une autre affection, il semble que la malade, là encore, aurait dû développer une tuberculose au niveau des régions intestinales habituellement atteintes : iléo-coecum, ano-rectosigmoïde.

Agit-il par réaction locale d'une zône de moindre résistance ? L'hypothèse a été soutenue par Crazet et Centanni. Le bacille tuberculeux prolifère au sein d'une zône ulcérée, désagrégée, ouvrant la porte à la contamination. Cette dernière peut se faire par voie muqueuse (par le lait cru ou l'expectoration déglutie chez un tuber-

culeux confirmé), la stagnation des matières et l'altération préalable de la muqueuse colique étant autant de facteurs favorisants ; par voie sanguine ou lymphatique (les ulcérations venant parfois calquer les branches terminales des vaisseaux mésentériques) ou par propagation d'une lésion de voisinage, tuberculose annexielle chez la femme par exemple.

Ces diverses raisons ne suffisent pas à expliquer la localisation des deux lésions en un point unique, car nous connaissons la fréquence des carcinomes coliques et la rareté de leur association à la tuberculose in situ (Quenu un cas, Hartmann un cas, Herzog deux cas, Spalding dix huit, Cooper 23, tous de localisation iléo-coecale ; Spalding cinq cas au sigmoïde, quatre au rectum, un au transverse).

La tuberculose serait-elle primitive ?

Naegeli avait observé que le cancer se développait au niveau d'un lupus et jamais vice versa et en faisait une théorie générale à tout l'organisme. Comment agirait-elle ? Ribbert considérait la tuberculose comme un facteur d'irritation locale favorisant le développement d'une tumeur. On peut le supposer au niveau du poumon lorsque le cancer se développe dans une caverne ancienne. Cooper relate également un cas où l'on a la certitude de la tuberculose ganglionnaire quinze ans avant le diagnostic de lymphosarcome. C'est donc une éventualité quelquefois vérifiée mais non applicable à toutes les observations.

En fait, chez notre malade, la filiation vraisemblable des faits, nous paraît être la suivante. Compte tenu, d'une part, du caractère ancien du ganglion du pédicule hépatique (caséum), d'autre part de l'aspect jeune des lésions tuberculeuses périnéoplasiques (lésions folliculaires non caséifiées), on doit penser qu'il existait une tuberculose ancienne, essentiellement ganglionnaire et profonde, donc latente, à laquelle le cancer a permis une nouvelle localisation.

Mais il ne saurait être question pour autant, d'affirmer qu'il y a une filiation directe entre le cancer et la tuberculose.

Si le néoplasme a pu agir en ulcérant la muqueuse, d'autres facteurs doivent prendre leur part de responsabilité : la subocclusion chronique par la distension intestinale, la stase, l'infection locale qui l'accompagnent et peut-être aussi la première intervention chirurgicale par l'affaiblissement temporaire des défenses biologiques qu'elle est capable d'entraîner.

En d'autres termes, si l'aspect des lésions permet, semble-t-il, d'affirmer l'évolution chronologique suivante : cancer primitif, tuberculose secondaire, elle n'établit nullement, à notre avis, que le cancer a pu être responsable de cette tuberculose.

Par contre, on peut émettre l'hypothèse suivante : le cancer a focalisé une tuberculose qui sans lui, n'aurait vraisemblablement pas eu lieu en ce même point de l'organisme.

o
o o

C O N C L U S I O N S

1° - L'objet de ce travail est l'étude d'une association de cancer colique et de tuberculose, originale par sa localisation exceptionnelle au colon transverse droit, les deux lésions ayant été authentiquement vérifiées à l'examen histologique de la pièce anatomique.

2° - Un examen de la littérature montre la rareté de cette association tant au niveau du colon que pour les autres organes.

3° - La découverte précoce clinique, radiologique de cette association reste très délicate puisque même une tuberculose isolée peut prendre le masque d'un néoplasme.

4° - Le diagnostic est, en fait, le plus souvent histologique.

5° - La filiation pathogénique des deux affections tant sur le plan expérimental que clinique est encore très confuse.

Chez notre malade, nous pensons que le néoplasme a précédé la tuberculose dans sa localisation intestinale et qu'il s'est produit une poussée tuberculeuse à l'occasion d'une résistance moindre de l'organisme due peut-être au carcinome, mais sans doute aussi à d'autres facteurs : état d'occlusion, intervention chirurgicale ; l'épithélioma ayant focalisé biologiquement les lésions bacillaires au niveau du colon transverse.

u, le Président de Thèse :
Mr. J. PATEL

Vu, le Doyen de la Faculté
Mr. L. BINET

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris
J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

1. ABOULKER P. et CHOME J.
Association d'une tuberculose et d'un épithémioma du rein - Journal d'Urologie - Paris, 64, 437, 1958

2. ADLER
Primary Malignant Growths of the lungs and bronchi (New-York), Longmans, Green and Co., 1912

3. BARRE Y. - GERMAIN A.
Un cas d'association d'une tuberculose gastrique et d'un cancer gastrique - Contrôles gastroscopiques et opératoires - Arch. Mal. App. dig. 50, 202 - 209, 1961

4. BAYLE L.
Recherches sur la phtisie pulmonaire, Paris, Gabon, p.315, 1810

5. BERTRAND P., FRANCILLON J., et SAUBIERE
A propos de trois cas de fistule duodéno colique pour cancer du colon droit, Lyon Chir. 54, 936-941, 1958

6. BURDEL E.
Le tubercule issu du cancer, Bull. Acad. de Med., 35, 463, 1870

7. BURDEL E.
Le cancer considéré comme source tuberculeuse, PARIS, G. Masson, 116 pp, 1872

8. BUCAILLE
Les fistules duodéno coliques, Arch. Mal. app. dig., 1952

9. CALVET J. et BIRAGUE C.
Association de tuberculose et de cancer de l'oesophage, Ann. oto-laryng., 76, 249 - 259, 1959

10. CARLSON H.A. and BELL E.T.
A statistical Study of the occurence of cancer and tuberculosis in 11, 195 post mortem examinations ; Jour. Cancer Res., 13, 126, 1929

11. CENTANNI E. and REZZESI F.
Studio sperimentale sull'Antaganismo fra tuberculosi e cancro, Riforma med., 42, 195, 1926

12. CHERRY T.
Cancer and acquired resistance to tubercle, Lancet, 2, 644, 1925

13. CHERRY T.
The tubercle bacillus and cancer in mice, Med. Jour. Australia, 1, 160, 1929

14. COOPER F.G.
Amer. Rev. Tuberc. 25, 108, 1932

15. CORDUA
Ein Fall von Krebsig - tuberkulosem Geschwür des Oesophagus, Arb. a. d. path. Inst. zu Göttingen, 148, 1893, Abst. in bull. Johns Hopkkins Hosp. 8, 231, 1897

16. CRAZET
Rappel pathogénique de FORMAN J and CAMERON, "The coexistence of tuberculosis and cancer in the same organ, Interstate med. J., 24, 1033, 1917

17. CRUVEILHIER
Sarcocèle alvéolaire cancéreux et tuberculeux, Bull. de la Soc. Ann. de Paris, 3, 197, 1828

18. FALTIN
Simultaneous occurence of tuberculosis and carcinoma, Acta Chir. Scand. 61, 331, 1925

19. FORMAN J. and CAMERON H.
The coexistence of tuberculosis and cancer in the same organ, Interstate med. J., 24, 1033, 1917

20. GARBAY M. et LOYGUE J.
Tuberculose du gros intestin et de l'anus, Ann. Chir., 13, 175 - 184, 1959

21. HARDE E. and FOSCAE P.
Résistance des souris porteuses de tumeurs, envers un bacille tuberculeux peu pathogène, Compt. Rend. Soc. Biol.,93, 83, 1925

22. HARTMANN H. and RENAUD M.
Cancer et tuberculose du coecum, Ibid, 10, 297, 1921

23. HERZOG G.
Zwei primare Karzinome auf dem Boden alter Tuberkülösen Darmgesh würe, zugleich ein Beiträg zur Histiogeneses des Karzinoms,Beitr. u. z. allg. Path., 55, 177, 1913

24. MAC CONKEY T.G.
Is not the tubercle bacillus the cause of cancer ? New York M.J., 88, 1166, 1908

25. LUBARSCH O.
Ucher den primären Krebs des Ileum nebst Bemerkungen über das gleichzeitige Vorkommen von Krebs und Tuberkulose, Arch. f. path. Anat. u. Physiol, 281, 1888

26. NAEGELI O.
Die combination von Tuberculose und Karcinom, Arch. f. path. Anat. u. Physiol, 148, 435, 1897

27. PEARL R.
Cancer and Tuberculosis, Am. Jour. Hyg., 9, 97, 1929

28. PEARL R., SUTTONA C., and HOWARD W.T.
Experimental treatment of cancer with tuberculin, Lancet, 1, 1078, 1929

29. PEYCELON R. et GUILLEMIN G.
Reflexions cliniques et thérapeutiques concernant 50 cas de cancer du colon droit, Arch. Mal. app. Dig. 44, 78, 877-833, 1955

30. PEYCELON R. et REPLUMAZ P.
Sur les cancers du colon droit fistulés dans l'intestin grêle, Lyon, Chir., p 77-80, janv. 1959

31. PORCHER
Discussion article de SOUPAULT R. et BUCAILLE M., Tuberculose isolée du colon transverse, Arch. Mal. App. digestif, 43, 5, 583-591, 1954

32. QUENU J.
Notes sur la tuberculose du coecum et du colon d'après dix cas opérés, Actualités Chir. de l'Hôp. Cochin, 203-226, 1949

33. RANDALL and SPALDING
Simultaneous Carcinoma and Tuberculosis of Colon. Report of case and review of literature, Brit. J. Surg., 33, 372-375, 1946

34. RIBBERT
Rappel pathogénique de FORMAN J. and CAMERON H.
The coexistence of tuberculosis and cancer in the same organ Interstate med. J., 24, 1033, 1917

35. ROKITANSKY C.
A manual of pathological anatomy, London, 1, 313-314, 1854

36. SALVATI R.
Quadro di stenosi colica determinato da un tuberculonia del traverso Radiolog. Med., 36, 932-938, nov. 1950

37. SEREQUE et CHATELIN C.
Reflexions à propos de 40 cas de cancers du colon droit, étude statistique, Journal de Chirurgie, 73, 1, 1957

38. SOUPAULT R. et BUCAILLE M.
Tuberculose isolée du colon transverse, Arch. Mal. app. digestif, 43, 5, 583-591, 1954

39. STUCKE
Zur Kenntnis der Chirurgischeum agen Tuberkulose, Zentralblatt Chir., 1066, 1948

40. TEUTSCHLAENDER
Zur lehre vom "Antagonismus" surschen Tuberkulose und Krebs, Ztschr. Krebsforsch, 30, 498, 1930

41. VON FRANQUE O.
Über des Gleichzeitige Vorkommen von Karzinom und Tuberkulose an dem weiblichen Geintalien, inbesondere Tube und Uterus, Ztsch. f. Geburt sch. u. Gynäk, 64, 409, 1921

42. VON HEIDER
Tuberkulose, Krebs, combinirt mit Meningitis und Geistesstörung Med. Cor. Bl. f. Würtemberg, 36, 167, 1866

43. WEYENTH C.
Über einen Fall von Karzinom und Tuberkulose des Oesophagus, Zürich, E. Leemann, 1900

44. YOVANOVITCH B.Y.
Cancer du colon droit - Etude statistique à propos de 63 cas Lyon Chir. 54, 32-38, 1958

45. ZENKER K.
Karzinom und Tuberkel in selben Organ, Deutsch. Arch. f. klin. Med., 47, 191, 1891